

Technická univerzita v Liberci
FAKULTA PŘÍRODOVĚDNĚ-HUMANITNÍ A PEDAGOGICKÁ

Katedra: Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky
Studijní program: Speciální pedagogika
Studijní obor (kombinace): Speciální pedagogika předškolního věku

**PROJEVY AGRESE U JEDINCŮ S TĚŽŠÍM
MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM**
**MANIFESTATION OF AGRESIVE BEHAVIOUR
BY INDIVIDUALS WITH SERIOUS
MENTALLY HANDICAPPED**

Bakalářská práce: 008-FP-KSS- 2018

Autor:

Jiří Samek

Podpis:

Adresa:

Humpolecká 507/11,

Liberec 5

460 01, Liberec

Vedoucí práce: Mgr. Pavlína Housová

Počet

stran	grafů	obrázků	tabulek	pramenů	příloh
53	0	0	14	15	4

V Liberci dne: 10.04 2009

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
FAKULTA PEDAGOGICKÁ

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení:

Jiří Samek

Adresa:

Humpolecká 507/11, Liberec 5

Studijní program:

Speciální pedagogika

Studijní obor:

Speciální pedagogika předškolního věku

Kód oboru:

7506R012

Název práce:

PROJEVY AGRESE U JEDINCŮ S TĚŽŠÍM
MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Název práce v angličtině:

MANIFESTATION OF AGRESIVE BEHAVIOUR
BY THE INDIVIDUALS WITH SERIOUS MENTALY
HANDICAPPED

Vedoucí práce:

Mgr. Pavlína Housová

Termín odevzdání práce:

15. 04. 2009

Bakalářská práce musí splňovat požadavky pro udělení akademického titulu „bakalář“ (Bc.).

.....
vedoucí bakalářské práce

.....
děkan FP TUL

.....
vedoucí katedry

Zadání převzal (student): Jiří Samek

Datum: 28.2.2008

Podpis studenta:

Cíl práce:

Zmapovat projevy agresivního chování a pokusit se nalézt možnosti jejich řešení či prevence v Domově Maxov (bývalý ÚSP).

Základní literatura:

ČADILOVÁ, Věra. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-319-2

ČERNÁ, Marie a kol.. *Kapitoly z psychopedie*. 1 vyd. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 382-97-94

PROUTY, Garry – VAN WERDE, Dion. *Preterapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-949-6.

ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. 2. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-821-X

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

V Liberci dne: 10.4 2009

Jiří Samek

Poděkování

Děkuji Mgr. Pavlíně Housové za její ochotu, rady a pomoc při vypracování této bakalářské práce.

Název práce: Projevy agrese u jedinců s těžším mentálním postižením

Název práce: Manifestation of agresive behaviour by the individuals with serious mentaly handicap

Jméno a příjmení autora: Jiří Samek

Akademický rok odevzdání bakalářské práce: 2009

Vedoucí práce: Mgr. Pavlína Housová

Resumé

Bakalářská práce se zabývala problematikou agresivity a problémového chování u jedinců s těžším mentálním postižením. Cílem práce bylo zmapovat projevy agresivního chování v zařízení ústavní sociální péče. Práci tvořila část teoretická a praktická. Teoretická část se snažila definovat a vysvětlit pojmy mentální retardace, pervazivní vývojové poruchy, agrese, a problémové chování. V teoretické části uvádím také příčiny vzniku a vlivy působení na agresivní chování, prevenci a metody nápravy. Praktická část se opírá především o metodu obsahové analýzy spisové dokumentace na vzorku 63 osob. Zjišťovala se souvislost mezi stupněm mentálního postižení a výskytem problémového chování. Dále pak jsme se zabývaly základními typy, intenzitou a frekvencí agresivních projevů. Výsledky poukazují na některé preference v projevech problémového chování.

Klíčová slova: agrese, mentální retardace, problémové chování,

Summary

This work is considered in questions of aggressiveness and problematical behavior by the individuals with serious mentally handicap. Goal of this work was to explore the manifestations of aggressive behavior in the institution of social care. Work is composed from theoretical and practical part. In theoretical part are defined the terms mentally handicap (cephalonia), pervasive developmental disorder, aggression and problematical behavior. In theoretical part we also mentioned reasons of rise of problematical behavior and influences on it, prevention and method of remedy. In practical part we used the method of content analysis of company records of 63 people. We took the connection between the level of mentally handicap and occurence of problematical behavior. Next we put mind to elementary types, intensity and frequency of aggressive manifestations. The results adverts to some preferences in manifestations of problematical behavior.

Keywords: aggression, mental retardation, challenging behavior

Resümee

Die Bachelor-Arbeit beschäftigt sich mit der Problematik der Aggressivität und dem problematischem Benehmen eines Individuums mit geistiger Schwerbehinderung. Der Zweck der Arbeit liegt darin, Aggressionserscheinungen in einer sozialen Betreuungseinrichtung zu kartieren. Die Arbeit besteht aus einem praktischen und einem theoretischen Teil. Der Theorieteil versucht, die Begriffe wie mentale Retardation, pervasive Entwicklungsstörung, Aggression, und problematisches Benehmen zu definieren. In dem theoretischen Teil führe ich auch die Entstehungsursachen und Einflüsse auf das aggressive Benehmen, sowie Präventions- und Verbesserungsmethoden auf. Der praktische Teil stützt sich vor allem auf die Methode der Inhaltsanalyse einer Aktendokumentation an Beispiel von 63 Personen. Wir haben den Zusammenhang zwischen dem geistigen Behinderungsgrad und dem Auftreten von Problemverhalten recherchiert. Weiterhin haben wir uns mit Grundtypen, Intensität und mit der Frequenz der aggressiven Erscheinungen beschäftigt. Die Ergebnisse weisen auf einige Präferenzen in der Erscheinung von Problembenehmen hin.

Schlüsselwörter: Aggression, mentale Retardation, Problem-benehmen

OBSAH

1 ÚVOD	10
2 MENTÁLNÍ RETARDACE	11
2.1 DEFINICE MENTÁLNÍ RETARDACE	11
2.2 HLAVNÍ ZNAKY MENTÁLNÍ RETARDACE	12
2.3 KLASIFIKACE MENTÁLNÍ RETARDACE	12
2.3.1 Klasifikace podle stupně postižení	12
2.3.2 Klasifikace symptomatologická	14
2.3.3 Klasifikace podle etiologie	15
2.3.4 Klasifikace podle vývojových období	15
2.4 SPECIFIKA JEDINCŮ S MENTÁLNÍ POSTIŽENÍM	16
2.4.1 Psychické zvláštnosti	17
2.4.2 Zvláštnosti volných vlastností	18
2.4.3 Zvláštnosti emocionálního charakteru	18
2.4.4 Utváření sebehodnocení	19
3 PERVAZIVNÍ VÝVOJOVÉ PORUCHY	20
3.1 SOCIÁLNÍ INTERAKCE A SOCIÁLNÍ CHOVÁNÍ	20
3.2 KOMUNIKACE	21
3.3 PŘEDSTAVIVOST, ZÁJMY A HRA	21
3.4 ODLIŠNOSTI JEDINCŮ TRPÍCÍ AUTISMEM	21
3.5 JEDNOTLIVÉ PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA	21
4 PROLÍNÁNÍ MENTÁLNÍ RETARDACE A PERVAZIVNÍ VÝVOJOVÉ PORUCHY	23
4.1 OBLASTI NARUŠENÍ	23
5 AGRESE	25
6 PROBLÉMOVÉ CHOVÁNÍ U OSOB S TĚŽŠÍM MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	27
6.1 PŘÍČINY PROBLÉMOVÉHO CHOVÁNÍ	27
6.1.1 Aplikovaná behaviorální analýza	29
6.1.2 Saturace základních lidských potřeb	29
6.1.3 Psychiatrické poruchy a problémové chování	30
6.1.4 Sebepoškozování	30
6.2 BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE PROBLÉMOVÉHO CHOVÁNÍ	31
6.3 PREVENCE PROBLÉMOVÉHO CHOVÁNÍ	32
7 PRAKTICKÁ ČÁST	33
7.1 CÍL PRÁCE	33
7.2 STANOVENÍ PŘEDPOKLADŮ	33
7.3 POUŽITÉ METODY	33
7.3.1 Analýza dokumentů	33
7.3.2 Dotazník	34

7.4 CHARAKTERISTIKA VYBRANÉHO VZORKU	35
7.5 VLASTNÍ EMPIRICKÁ ČINNOST	41
7.6 ANALÝZA VÝSLEDKŮ.....	42
7.6.1 První část šetření	42
7.6.2 Druhá část šetření.....	43
7.8 OVĚŘENÍ STANOVENÝCH PŘEDPOKLADŮ.....	48
8 ZÁVĚR.....	50
9 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	51
10 SEZNAM PŘÍLOH.....	53

1 ÚVOD

Problematiku agrese a problémového chování v zařízení poskytující ústavní péči pro osoby s mentálním postižením jsem zvolil jako téma bakalářské práce hned z několika důvodů. V první řadě pro mne představuje osobní předmět zájmu, neboť čtvrtým rokem pracuji v tomto typu zařízení a je tak pro mne problematika agrese velmi častým tématem, se kterým se ve své práci setkávám. Dalším důvodem je to, že v České republice se stále málo věnuje pozornosti této problematice. Důkazem toho buď neexistence ucelené studie zabývající se výskytem souběhu mentální retardace a agresivity.

Dále pak jsou to začínající veřejné diskuze v oblasti násilí v zařízeních ústavní péče, které neprobíhají pouze na rovině médií, ale také v rámci mezinárodních organizací, např.

Mezinárodní organizace práce, Světové zdravotnické organizace či Ministerstva práce a sociálních věcí ČR. V posledních letech dochází v ČR k výrazné změně ve službách pro lidi s mentální retardací a agresivním chováním. Změna je v pohledu ryze restriktivního na problémové chování k náhledu podpůrném.

Teoretická část této práce uvádí v prvních kapitolách několik zásadních definic mentálního postižení jež jsou dále členěny na základě nejrůznějších faktorů. Následuje krátká charakteristika pervazivních vývojových poruch, protože se v praktické části objevují i jedinci s touto diagnózou. V praktické části bakalářské práce se zaměřím na zmapování projevů agresivity. Pro doplnění tématu provedu základní funkční analýzu problematických projevů tohoto chování.

Je dobré uvést, že oblast agresivity je nesmírně široká a obsáhlá, proto je velmi obtížné objasnit všechny její varianty a pochopit rozsáhlou oblast tohoto tématu.

2 MENTÁLNÍ RETARDACE

2.1 Definice mentální retardace

Problematicčnost stanovení definice mentální retardace trvá již od vzniku tohoto termínu.

Hlavní kritéria pro adekvátní definice, která v roce 1941 sumarizoval E.A.Doll, přibližuje Černá (1995). Podle něho je základním kritériem mentální retardace sociální nepřizpůsobivost, vzniklá na základě mentální abnormality, zaostalého vývoje: „je to stav vrozený a v podstatě nevyléčitelný, který brání maturaci osobnosti. Zmíněné faktory, tj. sociální nepřizpůsobivost, zaostalý vývoj, nedostatečná zralost vzniklé na bázi vrozené a v podstatě nevyléčitelné mentální abnormality se pak objevují v mnoha definicích, v různém pořadí se zdůrazněním priority některého z nich, podle toho, z jakých pozic autor definice vychází“.

Švingalová (2006) na toto navazuje uspořádáním dle zdůrazněného faktoru tímto způsobem:

- a) definice zdůrazňující inteligenční kvocient
- b) definice zdůrazňující biologické faktory
- c) definice zdůrazňující sociální faktory
- d) multifaktoriální pojetí mentální retardace

V současné době se nejvíce vyskytuje multifaktoriální pojetí mentální retardace, které by mělo uspokojujícím způsobem překrýt všechny určující kvality jedince s mentálním postižením. Jako příklad multifaktoriálního pojetí použijeme definici dle Dolejšího: „Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů: na nedostatecích genetických vloh; na porušeném stavu anatomicko-fyziologické struktury a funkce mozku a jeho zrání; na nedostatečném nasycování základních psychických potřeb dítěte vlivem deprivace sensorické, emoční a kulturní; na deficitním učení; na zvláštnostech vývoje motivace, zejména negativních zkušenostech jedince po opakovaných stavech frustrace i stresu; na typologických zvláštnostech vývoje osobnosti“ (Dolejší, 1973).

2.2 Hlavní znaky mentální retardace

Jako hlavní znaky mentální retardace uvádí Vágnerová (1999):

- Nízká úroveň rozumových schopností, která se projevuje především nedostatečným rozvojem myšlení, omezenou schopností učení a následkem toho i obtížnější adaptací na běžné životní podmínky
- Mentální retardace je vrozená
- Mentální postižení je trvalé, přestože je v závislosti na etiologii možné určité zlepšení.

2.3 Klasifikace mentální retardace

Klasifikace mentální retardace je z důvodu značné různorodosti příčin a symptomů mentálního postižení velmi obtížná. Proto je nutné použití více klasifikačních systémů, kdy klademe důraz vždy na jiné hledisko či kritérium.

Nejčastěji jsou uváděna tato klasifikační hlediska:

- § stupně mentální retardace (vyjadřované pomocí IQ)
- § hledisko etiologické (příčiny vzniku)
- § hledisko symptomatologické (projevy chování)
- § hledisko vývojové (vývojová období)

2.3.1 Klasifikace podle stupně postižení

Jde o nejčastěji užívanou klasifikaci. Jedná se o jedinou klasifikaci, která byla přijata mezinárodně. Kritériem pro zařazení do jednotlivých stupňů mentálního postižení je naměřená úroveň rozumových schopností prostřednictvím standardizovaných psychologických (intelligenčních) testů. Z tohoto hlediska je hranicí mentálního postižení IQ nižší než 70.

Klasifikace mentální retardace podle MKN – 10 (WHO, 1992):

- F70 lehká mentální retardace (IQ 50-69)
- F71 středně těžká mentální retardace (IQ 35-49)
- F72 těžká mentální retardace (IQ 20-34)
- F73 hluboká mentální retardace (IQ pod 20)

- F78 jiná mentální retardace
(Tato diagnóza je používána, je-li stanovení stupně mentální retardace pomocí obvyklých metod nesnadné nebo nemožné pro přidružené senzorické nebo somatické poškození, nebo u jedinců s těžkými poruchami chování)
- F79 nespecifikovaná mentální retardace
(Mentální retardace je prokázána, ale není dostatek informací, aby bylo možno zařadit pacienta do jedné za shora uvedených kategorií.)

V praxi toto rozložení netvoří striktní mezníky. Mezi jednotlivými stupni MR existují plynulé přechody. Švingalová (2006) poukazuje na nutnost rozlišovat, zda se rozumová úroveň jedince pohybuje v daném pásmu při horní, spodní hranici nebo při středu.

Lehká mentální retardace (IQ 50 – 69, mentální věk 9-12 let):

Jedná se o nejrozšířenější formu retardace. Mluvit se naučí později. Hlavní problémy s učením se objevují až s nástupem do školy. Obvykle selhávají v abstraktních předmětech a logických operacích. V sebeobsluze jsou samostatní. V adaptovaném a sociálně nenáročném prostředí dokážou mnohdy úspěšně pracovat a pohybovat se bez omezení (volně podle Čadilová, Jůn, Thorová, 2007)

Středně těžká mentální retardace (IQ 35-49, mentální věk 6-9let):

Výsledkem je zřetelné vývojové opoždění v dětství, avšak mnozí se dokáží vyvinout k určité hranici nezávislosti a soběstačnosti, dosáhnou přiměřené komunikace a školních dovedností. Dospělí budou potřebovat různý stupeň podpory k práci a k činnostem ve společnosti (Bartoňová a kol., 2007).

Těžká mentální retardace (IQ 20-34, mentální věk 3-6 let):

Valenta, Muller (2007) uvádějí, že v tomto stupni postižení je výrazné opoždění psychomotorického vývoje, které je patrné již v předškolním věku, možnosti sebeobsluhy jsou výrazně a trvale omezené, jedinci nejsou schopni sebeobsluhy, jejich stravu je potřeba často přizpůsobovat jejich možnostem, řečový vývoj dosahuje vrcholu na předřečové úrovni (vzácně jednotlivá slova).

Švarcová (2006) uvádí, že i když jsou možnosti výchovy a vzdělávání těchto osob značně omezené, zkušenosti ukazují, že včasná systematická a dostatečně kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může významně přispět k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, jejich samostatnosti a celkovému zlepšení kvality jejich života.

Hluboká mentální retardace (IQ je nižší než 20, mentální věk pod 3 roky):

Ve většině případů jde o kombinované postižení. poznávací schopnosti se téměř nerozvíjejí, lidé s hlubokou mentální retardací jsou maximálně schopni diferencovat známé a neznámé podněty a reagovat na ně libostí či nelibostí. Nevytvoří se ani základy řeči. Jsou komplexně závislí na péči jiných lidí, obvykle bývají umisťováni do ústavu sociální péče (Vágnerová, 2004).

Švarcová (2003) upozorňuje, že tento typ klasifikace již neobsahuje kategorii mírná mentální retardace (IQ 85 – 69). Toto snížení rozumových schopností zpravidla nesouvisí s organickým poškozením mozku, ale bývá zapříčiněno jinými faktory (např. genetickými nebo sociálními).

2.3.2 Klasifikace symptomatologická

Zabývá se typickými příznaky vzhledu, osobnostních rysů, somatických zvláštností, motorického a psychického vybavení mentálně postižených.. Dle Švingalové (2006) tyto vnější projevy jsou úzce provázány s biologickými předpoklady tj. nervovými procesy podráždění nebo útlumu. procesů podráždění nebo útlumu. V popředí je porucha aktivační úrovně, která se dělí na typy:

- Typ eretický (dráždivý, neklidný)

- Typ torpidní (netečný, apatický)
- Typ nadměrně unavitelný při intelektuální práci

2.3.3 Klasifikace podle etiologie

Mentální retardace nemívá jednotnou příčinu – většinou vzniká součinností různých faktorů a proto je klasifikace etiologie značně problematická.

Muller, Valenta (2007) uvádí, že podle etiologie mentální retardace bývá zdůrazňován časový faktor vzniku poškození (v době prenatalní, perinatální a krátce postnatální), vrozené, získané či sociálně podmíněné a příčinné faktory endogenní (vnitřní) a exogenní (vnější).

2.2.4 Klasifikace podle vývojových období

Při popisování zvláštností jednotlivých vývojových období u osob s mentální retardací je potřeba vycházet ze znalostí vývojových období intaktní populace a ze zákonitostí, jimiž se procesy řídí.

Ve vývoji MP jsou patrné jisté znaky a zvláštnosti, které se větší míře odvíjejí od charakteru postižení, na jeho hloubce i na příčinách jeho vzniku. jednotlivé funkce činnosti dle Kvapilíka a Černé jak uvádí Švingalová (2006), „které můžeme pozorovat u vyvíjejícího se dítěte, se objevují později a jednotlivá vývojová stadia trvají déle než u dětí nepostižených“.

Novorozenecké období – Schopnost vývoje jedince je omezena v závislosti na stupni postižení. Většina vývojových odchylek u novorozence je pokračováním patologického stavu z prenatalního období nebo z období porodu.

Kojenecký věk – V tomto období bývají výrazně různé neurovegetativní poruchy, psychomotorický vývoj se opoždí

Batolecí věk – Dochází ke kvalitativním změnám psychických projevů v oblasti chování a prožívání, s psychickým vývojem souvisí i fyzický rozvoj. Děti v pásmu lehké mentální retardace vykazují opoždění celkového vývoje o rok až o rok a půl, děti s těžším stupněm postižení v pásmu střední a těžké mentální retardace jsou opožděny ve vývoji tak výrazně, jako by se vůbec nerozvíjely.

Předškolní období – Schopnost komunikace a navazování sociálních vztahů je snížena, těžká spolupráce s ostatními dětmi, hra je jednoduchá, málo vynalézavá, chybí iniciativa. v oblasti sociálního učení jsou mentálně postižené děti dle Vágnerové (2005) méně aktivní, mnohé činnosti a sociální interakce sice pozorují, ale nechápou příliš jejich smysl.

Školní věk – stále pokračuje prohlubování nápadností. Vznikají vysoké nároky na všechny poznávací procesy dítěte i celou jeho osobnost.

Adolescence – dle Černé a kol. , jak uvádí Švingalová (2006) je v tomto stádiu vývoje patrná řada zvláštností, jež bývají pro velikou variabilitu tohoto bouřlivého období mnohdy až extrémní. Výrazně je ovlivněna psychika jedince. Časté jsou stavy podrážděnosti, přecitlivělosti, citové lability a uzavření .

Dospělost – Osoby s mentálním postižením je potřeba v maximální možné míře podporovat v naplňování sociálních rolí, které jsou charakteristické pro období dospělosti v daném sociokulturním prostředí (Bartoňová a kol. 2007).

Stáří – Ve stáří dochází ke změně podoby, průběhu vývoje postižení a následně ke změně potřeb osob s mentálním postižením.

Jak uvádí Vágnerová (2004): „v období stáří se většinou u osob s mentálním postižením na rozdíl od intaktní populace po stránce sociálního statutu nic nemění“.

2.4 Specifika jedinců s mentální postižením

Mentálně postižení jedinci jsou skupinou , která se vyznačuje mnoha odlišnostmi. Jak uvádí Svoboda, Krejčířová, Vágnerová (2001) neuropsychický vývoj osob s mentálním postižením s sebou přináší celou řadu zvláštností v jednotlivých stránkách jejich osobnosti. poškození se dotýká procesů poznávacích, zasahuje sféru emocionální a volní, ovlivňuje adaptibilitu i chování jedince, projevuje se i ve zvláštnostech motoriky.

Bartoňové, Bazalové, Pipekové (2007) uvádí rozdělení zvláštnostních determinantů takto:

§ psychické zvláštnosti

- § zvláštnosti volných vlastností
- § zvláštnosti emocionální sféry
- § utváření sebehodnocení

2.4.1 Psychické zvláštnosti

Vnímání: Vágnerová (1999) uvádí jako typický znak poznávacích procesů mentálně postižených omezenější potřebu zvědavosti a preference podnětového stereotypu. Bývají obvykle pasivnější a závislejší na zprostředkování informací zdravými lidmi. Vlivem zpomaleného a zúženého vnímání je orientace v prostředí značně ztížena.

Zvláštnost počitků a vjemů u jedinců s mentální retardací je v jejich výrazné nediferencovanosti. Spokojí se zcela povšechným poznáváním podnětu či předmětu.

Řeč: Řeč mentálně retardovaných bývá postižena jak v obsahové, tak ve formální složce. Jejich řečový projev bývá typicky méně přesnou výslovnost. Nedostatečné sluchové vnímání brzdí zdokonalování výslovnosti. Velký rozdíl je také mezi aktivní a pasivní slovní zásobou. Aktivní slovní zásoba je velmi chudá po obsahové i gramatické stránce.

Myšlení: Podle Vágnerové (1999) dosáhne v nejlepším případě (lehká mentální retardace) úrovně konkrétně-logických operací. Myšlení je obecně charakterizováno značnou stereotypností, rigiditou a ulpíváním na určitému způsobu řešení.

Myšlení zatíženo přílišnou konkrétností, je neschopno vyšší abstrakce a generalizace, nepřesnosti a chybami v analýze a syntéze. Myšlení je nedůsledné, vyznačuje se slabou řídicí funkcí a značnou nekritičností, pojmy se tvoří těžkopádně a úsudky jsou nepřesné (Muller, Valenta. 2007).

Švarcová (2006) dodává, že mentálně postižený jedinec spíše vzpomíná, než přemýšlí, jeho myšlení se omezuje na konkrétní situační souvislosti mezi předměty a jevy.

Pozornost: Kysučan (1982) uvádí, že záměrná pozornost mentálně postižených osob vykazuje nízký rozsah sledovaného pole, nestálost a snadnou unavitelnost, sníženou schopnost rozdělit se na více činností. Je pro ni charakteristické, že s nárůstem kvantity výkonu narůstá i počet chyb.

Paměť: Paměť mentálně retardovaných vykazuje určitá specifika. Postižení si vše osvojují pomalu až po mnohačetném opakování. Naučené rychle zapomínají a pamětní stopy si

vybavují nepřesně, vědomosti neumí včas uplatnit v praxi (Muller, Valenta, 2003). Zpravidla si lépe zapamatují vnější znaky předmětů a jevů v jejich náhodných spojeních a nepamatují si vnitřní logické souvislosti, které často ani nepostihují.

2.4.2 Zvláštnosti volných vlastností

Muller, Valenta (2007) shrnuje zvláštnosti volných projevů mentálně retardovaných takto: „u jedinců je patrná zvýšená sugestibilita, citová a volní labilita, impulzivnost, agresivita, ale i úzkostnost a pasivita. specifickým rysem je v tomto ohledu dysbulie (porucha vůle) a abúlie (nerozhodnost, nedostatek vůle a neschopnost zahájit činnost, ztráta či snížení volní činnosti)“.

Švarcová (2006) uvádí, že tyto zdánlivé kontrasty volných projevů jsou projevy nezralé osobnosti. Podstatou této nezralosti je nedostatečný rozvoj a hierarchizace duchovních potřeb, kdy jedinec nechápe smysl toho, co se od něj požaduje, protože to nekoresponduje s jeho vlastními uvědomovanými či pocíťovanými momentálními potřebami.

2.4.3 Zvláštnosti emocionálního charakteru

Po stránce emoční je mentálně postižený jedinec nevypělý a je vybaven menší schopností regulovat své chování. Citová otevřenost tak souvisí s nedostatečnou rozumovou kontrolou vlastních prožitků.

Bartoňová, Bazalová, Pipeková (2007) podává takovýto výčet zvláštností emocionální sféry:

- § city jsou nedostatečně diferencovány
- § prožitky jsou primitivnější a protikladné
- § diferencované jemné odstíny prožívání téměř neexistují
- § emoce jsou neadekvátní svou dynamikou podnětům vnějšího světa
- § jsou opožděné a obtížně se utvářejí tzv. vyšší city (svědomí, pocit povinnosti, odpovědnosti)
- § častěji se vyskytují chorobné citové projevy (projevy málo ovládané popudlivostí, epizodické poruchy nálad, euforie, apatie)

Souhlasíme s (Švarcová, 2006), že city těsně souvisejí s potřebami a jejich uspokojováním. Každý předmět, jev, skutek, který uspokojuje některou potřebu člověka vyvolává kladné prožitky. Předměty, jevy, skutečnosti překážející uspokojování potřeb podněcují prožitky záporné.

2.4.4 Utváření sebehodnocení

Sebehodnocení mentálně retardovaných je ovlivněno jejich způsobem uvažování a omezenou možností pochopit, jaké jsou jejich kompetence. v důsledku toho sebehodnocení není zcela objektivní, je nekritické a ovládané především emocionálně (Vágnerová, 1999). V aspirační úrovni se projevuje směřování dětí s mentální retardací jak směrem k podhodnocování, tak i nadhodnocování. Mentálně postižený člověk není schopen odhadnout svoje možnosti a přizpůsobit jim svoje chování.

3 PERVAZIVNÍ VÝVOJOVÉ PORUCHY

Pervazivní poruchy závažným a komplexním způsobem poškozují psychický vývoj takto postižených jedinců. Užívá se i termín poruchy autistického spektra k popisu celé skupiny příbuzných poruch s autismem.

V důsledku vrozeného postižení mozkových funkcí, které dítěti umožňují komunikaci, sociální interakci a symbolické myšlení (fantazii), dochází k tomu, že dítě nedokáže vyhodnocovat informace stejným způsobem jako děti stejné mentální úrovně. Vnímá, prožívá, a tudíž se i chová jinak (Thorová, 2006).

Triáda problémových oblastí společná pro poruchy autistického spektra jsou:

- Sociální interakce a sociální chování (porucha socializace)
- Komunikace
- Představitost, zájmy hry

3.1 Sociální interakce a sociální chování

Jednoznačně lze říci, že sociální intelekt je vždy vůči mentálním schopnostem člověka s poruchou autistického spektra v hlubokém deficitu.

Ze zkušenosti víme, že většina dětí s PAS o sociální kontakt stojí. Za zdánlivou netečností a otažitostí dítěte se skrývá nejistota a neschopnost dítěte kontakt přiměřeně navázat. Problémy v komunikaci, a z ní vyplývající nepředvídatelnost dalšího dění, vyvolávají v dítěti celkem logicky úzkost a pocit chaosu a znásobují deficit v oblasti sociálního chování. (Thorová, 2006).

Specifický kognitivní styl, ke kterému přispívá doslovné a přesné chápání instrukcí a situací, rigidita myšlení, egocentrismus s omezenou schopností empatie, malá nebo žádná schopnost porozumět metakomunikaci a neschopnost zobecňovat, lidem s PAS neumožňuje chápat jemnost a komplexitu sociálních vztahů a situací. Zjišťujeme, že při správném přístupu, sociálních nácvicích a zajištění větší míry předvídatelnosti v sociálních vztazích často (ne vždy) mizí typická extrémní osamělost (Thorová, 2006).

3.2 Komunikace

Poruchy autistického spektra jsou primárně poruchami komunikace. Je možné, že se řeč nevyvíjí právě proto, že ji postižený jedinec k ničemu nepotřebuje. V jejich případě mohou zastávat komunikační funkci různé nápadné a neobvyklé projevy chování (např. výbuchy vzteku, agrese a sebezraňování). Podle Carra jde o jakousi primitivní variantu komunikační exprese, kdy dítě nedokáže vyjádřit své pocity a potřeby jiným, adekvátnějším způsobem (Vágnerová, 2004).

3.3 Představivost, zájmy a hra

Narušená schopnost imitace a symbolického myšlení způsobuje, že se u dítěte nerozvíjí hra, tedy jeden ze základních stavebních kamenů učení a potažmo celého vývoje. Nedostatečná představivost způsobuje, že dítě upřednostňuje činnosti a aktivity, které obvykle preferují podstatně mladší děti, vyhledává předvídatelnost v činnostech a upíná se tak na jednoduché stereotypní činnosti (Thorová, 2006).

3.4 Odlišnosti jedinců trpících autismem

Thorová (2006) shrnuje odlišnosti jedinců s autismem takto:

- Percepční poruchy
- Odlišnosti v motorickém vývoji a projevech
- Emoční reaktivita
- Adaptibilita

3.5 Jednotlivé poruchy autistického spektra

Mezi poruchy autistického spektra patří (Thorová, 2006):

- Dětský autismus
- Atypický autismus
- Aspergerův syndrom
- Dětská dezintegrační porucha
- Jiné pervazivní poruchy

- Autistické rysy
- Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby
- Rettův syndrom

Je důležité zmínit, že Gelder (in Čadilová, 2007)) uvádí spoluvýskyt mentální retardace s dětským autismem v rozsahu 75 %.

4 PROLÍNÁNÍ MENTÁLNÍ RETARDACE A PERVAZIVNÍ VÝVOJOVÉ PORUCHY

Jedná se o vrozené handicapy, při jejichž vzniku hrají klíčovou úlohu s největší pravděpodobností různé genetické faktory.

4.1 Oblasti narušení

Důsledkem mentální retardace a pervazivní vývojové poruchy je narušení vždy několika oblastí. Radíme sem tyto funkční okruhy (Čadilová, Jůn, Thorová a kol. 2007):

- § sebeobsluha a orientační schopnosti
- § porozumění řeči, vyjadřování, celková kvalita komunikace
- § sociální integrace, schopnost spolupráce
- § schopnost učit se, rozumové (kognitivní) schopnosti
- § sebekontrola, plánování, sebeřízení (exekutivní funkce), společenská odpovědnost
- § schopnost žít samostatně, osobní nezávislost
- § ekonomická soběstačnost (schopnost hospodařit)
- § profesní orientace a zařazení

Přidružené obtíže:

- § smyslové vnímání
- § pohyblivost

Mentální retardace a pervazivní vývojové poruchy se často vyskytují společně. Dle Čadilové, Jůn, Thorová a kol. (2007) mají lidé s pervazivní vývojovou poruchou na rozdíl od prosté mentální retardace větší potíže chápat a vyjadřovat širokou škálu emocí, rozumět a používat neverbální i verbální komunikaci a adekvátně reagovat v různých sociálních situacích. Dále pak problémové chování ve smyslu agresivity, destruktivity, obsesivních tendencí a sebeubližování se vykytuje častěji.

Lidé se souběhem těžkého mentálního deficitu a pervazivní vývojové poruchy se od prosté liší hlavně typickým specifickým chováním, které není vysvětlitelné pouhým snížením mentálních schopností.

Přítomnost pervazivní vývojové poruchy snižuje celkové adaptivní schopnosti jedince, celková funkčnost osoby s pervazivní vývojovou poruchou v běžném životě je srovnatelná, ne-li nižší než u osob s výraznější mentální retardací.

5 AGRESE

Čermák (1999) rozlišuje základní dělení agrese na instrumentální a emocionální. Instrumentální agrese vede k dosažení vnějšího cíle, opírá se o předem připravený plán a zvážení možných variant průběhu jednání. Emocionální agrese pak vyplývá z existence silné negativní emoce, kterou může být hněv, hostilita, afekt, a je cílem sama o sobě (Čermák, 1999).

Projevy agrese pak Čermák (1999) dělí na přímé – nepřímé a fyzické - verbální, přičemž se tyto projevy vzájemně kombinují. Přímá fyzická agrese tak může nabývat podob přímého napadení objektu např. pěstmi, kopáním, jiným předmětem. Nepřímá pak může být přemístěna na ničení majetku tohoto objektu. Přímá verbální agrese se může projevovat vulgárním osočováním, nadáváním, zesměšňováním. Nepřímou agresi pak mohou představovat pomluvy, žerty či hostilní poznámky (Čermák, 1999).

Příčiny vzniku agrese lze rozdělit na:

- biologické
- emocionální
- sociálně kognitivní

Biologické teorie hovoří o biologické podmíněnosti agresivního chování, vyplývající z hereditu, fyziologických, neurofyziologických a chemických substrátů (Čermák, 1999). Příčiny pak lze hledat zejména v genetických souvislostech, v chromozomálních poruchách (např. chromozomální karyotyp XYY), mozkové struktuře, funkcích neurotransmiterů, vlivu drog či hormonálním systému (Čermák, 1999).

Emocionální teorie se opírá o tzv. frustrační hypotézu agrese (volně Čermák, 1999). Frustrace může mít jak vnější, tak i vnitřní původ (Nakonečný, 2000a), a představuje reakci na překážku, která brání jedinci dosáhnout určitého cíle (Čermák, 1999). Dále pak frustrace způsobuje negativní škálu emocí a prožívání. Machač a Macháčová (1991) poukazují na to, že toto citově záporné prožívání následně ovlivní chování, které může vést k úhybným, obranným nebo agresivním reakcím

Sociálně-kognitivní teorie chápe agresi tak, že může vyplývat ze stabilních kognitivních scénářů, rozhodovacích strategií a naučeného chování. V této souvislosti se tak agrese může stát naučeným chováním, které jedinec ve svém životě opakuje.

6 PROBLÉMOVÉ CHOVÁNÍ U OSOB S TĚŽŠÍM MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

V dalších částech práce budeme používat zastřešující termín „problémové chování“. Tento termín zastřešuje všechny typy chování jako agrese, destruktivita, sebezraňování, stereotypie a řada dalších druhů chování, které může být škodlivé pro člověka s postižením, problémové pro pečovatele a ošetřující personál nebo pro okolí. Termín problémové chování se definuje Emerson (2008) jako: „kulturně abnormální chování takové intenzity, frekvence nebo trvání, že může být vážně ohroženo fyzické bezpečí dané osoby nebo druhých, nebo chování, které může vážně omezit používání běžných komunitních zařízení nebo může vést k tomu, že dané osobě do nich bude odepřen přístup“. V české odborné literatuře není tento termín ještě příliš rozšířen, a tak v citacích od některých českých autorů budeme termín agrese či agresivní chápat jako obdobný. V této práci se zaměříme především na závažnější typy problémového chování.

Jak upozorňuje Čadilová (2007) v praxi se často vyskytuje ta chyba, že se k problematickému chování klienta automaticky přistupuje jako k přirozenému znaku mentální retardace. Nebývá provedena funkční analýza chování, nezabývá se analýzou prostředí, v němž dotyčný žije, ani není provedeno důkladné psychiatrické vyšetření. Následkem tohoto selhání pak bývá vytvořen velmi prostý léčebný plán. V případě projevů agrese nebo jiného problematického chování se zvýší tlumivá medikace, která neléčí podmiňující patologii, ale jen potlačí problematické chování, ovšem zároveň s neproblematickými projevy, a tento bludný kruh se neustále opakuje.

6.1 Příčiny problémového chování

Čadilová, Jůn, Thorová a kol. (2007) uvádějí, že má agresivní chování u lidí s mentální retardací a s autismem dva základní spouštěcí faktory. Prvním faktorem je prostředí, ve které uživatel žije. Tento faktor je tzv. vnější a zahrnuje nepohodlnost prostředí (teplo světlo, oděv uživatelů, nábytek) a zmatečnost (příliš velké skupiny, příliš volného času, klient přesně nepochopil, co se od něj očekává). Jak uvádí Vágnerová (1999): „Sklon k agresivnímu chování se rozvíjí učením, není tedy závislý jen na

dědičnostech, ale i na vlivech prostředí“. Právě v kontextu teorie sociálního učení lze chápat agresi jako naučenou reakci, a to na základě pozorování a přímé zkušenosti (Čermák, 1999). Primárním prostředím, ve kterém se jednotlivec učí takovým vzorcům chování, je pak rodina a nejbližší sociální prostředí. Nelze však vysvětlovat vznik agrese pouze na základě sociálního učení, je třeba brát v potaz agresi jakožto adaptační mechanismus na vnější podmínky, jež jedince obklopují.

Druhým činitelem organické a funkční poškození mozku. Tento faktor jen tzv vnitřní a převážně spočívá v nedostatečné myšlenkové kontrole vlastních emocí. Vnitřní faktor můžeme částečně korigovat farmakoterapií a kognitivně-behaviorální terapií.

Na zvýšení rizika výskytu problémového chování se podílejí nejen biologické faktory (např. genetické predispozice, poškození mozku, smyslové či fyzické postižení), ale hlavně sociálně-psychologické faktory prostředí, ve kterém dotyčný člověk žije. Prostředí totiž ne vždy poskytuje optimální podporu lidem, kteří jsou silně znevýhodněni a zranitelní. Místo toho je vystavujeme dalším zbytečným stresorům.

Doplňme názorem, kde Emerson (2008) uvádí jako hlavní oblasti aplikovaného výzkumu mentálního postižení ve vztahu k problémovému chování behaviorální a neurobiologicko-psychiatrickou tradici. Ostatní modely zatím nebyly příliš produktivní či jsou teprve v začátcích.

Oblasti příčin agresivního či jinak problematického chování můžeme shrnout do následujících oblastí:

- § somatické zdravotní problémy klienta
- § vedlejší účinky předepsaných léků
- § dysfunkčnost prostředí, v němž dochází k deprivaci některých základních životních potřeb klienta
- § neschopnost klienta komunikovat své potřeby společensky přijatelnými způsoby
- § symptom konkrétní psychické poruchy
- § neurobiologický původ
- § kombinací předešlých možností

Chování se v průběhu vývoje mění s postupujícím věkem, pod vlivem sociálního prostředí, v němž jedinec žije, a v důsledku výchovně-vzdělávacího programu. Podstatnou úlohu hrají také osobnostní charakteristiky člověka.

6.1.1 Aplikovaná behaviorální analýza

Využití této metody v péči o jedince s těžším mentálním postižením se primárně zaměřilo na dvě příbuzné oblasti: zvýšení schopností jedince a redukce problémového chování. V rámci aplikované behaviorální analýzy Emerson (2008) pojímá problémové chování jako příklad operantního chování, které je vytvářeno a udržováno důsledky prostředí. Takto lze chápat problémové chování jako funkční a adaptivní. Důsledky, které z toho vyplynou a které chování formují nebo udržují označujeme jako posilovače. Pro vytvoření a udržování operantního chování jsou důležité dva typy vzájemných souvislostí mezi chováním a posilovači.

Pozitivní zpevnění (přítomný-pozitivní),: je to zvýšení výskytu určitého chování tím, že po něm určitý podnět nastane (Murdoch, Barker, 1996).

Negativní zpevnění (nepřítomný-negativní): označujeme situaci, kdy se výskyt chování zvýší, když po něm následující podnět zmizí (Murdoch, Barker, 1996).

Operantní přístup k pochopení chování má tři důležité charakteristické rysy. Za prvé se snaží o objevení funkčních vztahů mezi chováním a okolnostmi vyplývajících z prostředí. Za druhé dává silný důraz na význam kontextu, ve kterém se chování vyskytuje. Za třetí nahlíží chování jedince jako na produkt dynamického systému (Emerson, 2008)

6.1.2 Saturace základních lidských potřeb

Jakmile nejsou základní lidské potřeby naplněny, zvyšuje se pravděpodobnost výskytu problémového chování. Vzhledem k postižení klientů je nutná větší míra asistence při naplňování jejich základních potřeb. Mezi základní lidské potřeby patří: fyziologické potřeby; potřeba bezpečí, jistoty a soukromí; potřeba seberealizace; potřeba někam patřit a být milován; potřeba úcty a respektu. Nenaplněná potřeba pak u nich vyvolává frustraci, která může spustit problémové chování. Klíčem pomoci tedy není potlačení agresivních projevů klienta restriktivními postupy. Je potřeba řešit příčinu problémového chování (Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007)

6.1.3 Psychiatrické poruchy a problémové chování

Mentální retardace není duševní (psychickou, mentální) nemocí, nýbrž komplexní vrozenou vývojovou poruchou rozumových schopností. U mentální retardace se však mohou vyskytnout všechny typy psychických poruch, s nimiž se setkáváme i u lidí bez mentální retardace. Klinické zkušenosti a výzkum ukazují, že riziko výskytu psychických poruch či onemocnění u lidí s mentální retardací je dokonce 3-4 krát vyšší než u populace bez mentální retardace (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007).

V některých případech není psychická porucha přímo příčinou agresivního chování, ale ovlivňuje ho pouze nepřímo, tím že vytváří motivační základ pro jeho vyjádření. V případě, že klient neumí komunikovat své nepříjemné prožívání a nutíme ho k aktivitě, můžeme u něj vyprovokovat agresivní chování, kterým ukončí prožívanou situaci. Dalším zprostředkujícím vlivem mají i jiné stavy emoční nepohody, jako jsou např. úzkost, strach nebo bolest.

Nejčastější typy poruch, které mohou podmiňovat problematické chování typu agrese, autoagrese, odmítání požadavků apod. jsou dle Čadilová, Jůn, Thorová (2007):

- § afektivní
- § schizofrenní
- § neurotické a stresem vyvolané
- § vyvolané požíváním alkoholu
- § demence
- § poruchy osobnosti

6.1.4 Sebepoškozování

Guess a Carr popsali třístupňový model vývoje stereotypního sebezraňujícího chování. Ukázali, že stereotypní chování se zprvu objevuje jako součást biologicky určeného behaviorálního „stavu“, který se vyskytuje relativně nezávisle na tom, co se děje v okolním prostředí. Jakmile se však toto chování upevní, může se jedinec naučit využívat ho k regulování hladiny rozrušení a stimulace v prostředí příliš podnětném. Také je možné, že vzájemně působící behaviorální procesy mohou stereotypní chování, které nevede ke zraňování, postupně dovést až do podoby sebezraňování. Během konečného stadia tohoto procesu začnou dominovat operantní, podmiňující faktory (Emerson, 2008).

6.2 Behaviorální terapie problémového chování

U jedinců s těžším mentálním postižením se nejvíce využívá behaviorální terapie. Jen vyjímečně se přistupuje k behaviorální terapii s prvky kognitivní terapie.

Terapeutický 5-ti krokový vycházející z EDM - Eden Decision Model (Jún, 2007):

1. Behaviorální a funkční analýza chování, lékařské posouzení:

v tomto kroku zjišťujeme, jestli dítě potřebuje terapii a jakou. Hledáme odpověď na otázky kdy, kde, s kým a při čem se problémové chování vyskytuje a **proč** se vyskytuje. Snažíme se také odhalit veškeré možné nepohody dítěte způsobené jeho aktuálním zdravotním stavem (bolest zubů, hlavy, břicha aj.)

2. Změna prostředí:

v tomto kroku zjišťujeme nakolik prostředí ovlivňuje dítě, jestli je pro něj nepohodlné nebo matoucí. Pro větší pochopitelnost prostředí si můžeme pomoci denními režimy a strukturou prostředí. Dále nás zajímá i jak je dítě schopno aktivně ovlivňovat prostředí. Pro snížení výskytu problémového chování si zde můžeme pomoci nácviky alternativní komunikace.

3. Analýza činností:

v tomto kroku zjišťujeme nakolik aktivity a úkoly spouští u dítěte výskyt problémového chování. Snažíme se zjistit, zda-li je úkol příliš těžký, příliš lehký, obsažný, nudný a nebo jestli dává dítěti vůbec smysl. Pokud vidíme, že z jednoho výše uvedeného důvodu aktivita spouští problémové chování dítěte, snažíme se ji změnit tak, abychom se výskytu problémovému chování příště vyhnuli.

4. Odměny

v tomto kroku se snažíme najít systémy odměn pro dítě tak, aby bylo lépe motivováno ke změně problémového chování k lepšímu. Vybíráme vždy mezi materiálními (jídlo, pití, žetonky, obrázky, samolepky, peníze aj.), aktivními (jít na kolotoč, houpačka aj.) a sociálními (pochvala, pohlazení, úsměv aj.) odměnami. Zároveň si stanovíme chování, které chceme u dítěte odměňovat.

5. Tresty

v tomto kroku si stanovíme, zda tresty v terapii u konkrétního dítěte používat, jaký by měly mít charakter, a výskyt kterého chování chceme trestat. Máme vždy na paměti, že trest nesmí být bolestivý, ale musí být nepříjemný (např. neuklidil sis v pokojíku, nemůžeš se dívat večer na televizi aj.)

Jakmile se výskyt problémového chování ani po pátém kroku nezlepší, s největší pravděpodobností jsme udělali chybu v rozpoznání funkčnosti problémového chování v prvním kroku nebo jsme dosáhli stropu, který nám, bohužel, handicap u konkrétního jedince dovoluje.

V některých případech je potřeba použít pro zvládnutí problémového chování použít restriktivní postupy. Nezávisle na postupu EDM stojí restriktivní postupy, které prostupují celý terapeutický proces. Restriktivní postup není terapeutický krok, protože nezajišťuje dlouhodobou změnu. Rozlišujeme tři typy – fyzická, mechanická a farmakologická (volně dle Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007)

6.3 Prevence problémového chování

Při prevenci je třeba zajistit, aby jedinec nebyl vystaven okolnostem, které mohou vyvolat problémové chování. To předpokládá, abychom omezili vystavování jedince podmínkám smyslové, materiální a sociální deprivace, stresorů, opakujícím se onemocněním, zneužívání ze strany okolí, opakovaným změnám pečovatелů a přísné kontrole zevnějšku. Dalším možností je nácvik jiného, funkčně odpovídajícího chování. Při tomto je třeba využívání intenzivní behaviorální podpory, aby se vyvinuly sociálně vhodné způsoby vyjadřování přání (Emerson, 2008). Zmírnění pravděpodobnosti výskytu problémového chování v životě lidí s autismem a těžšími typy mentálního postižení doplňuje Čadilová, Jůn, Thorová a kol. (2007):

- § určitou míru předvídatelnosti
- § možnost vyjadřovat své potřeby a přání
- § v co největší možné míře zvládat sebeobslužné dovednosti
- § mít vytvořené pracovní dovednosti a pracovní chování, aby byli schopni trávit svůj čas smysluplně
- § mít vytvořené dovednosti pro využití volného času, aby byli schopni zabavit se volném čase

7 PRAKTICKÁ ČÁST

7.1 Cíl práce

Hlavním cílem práce je zmapování agresivního chování jež se projevuje u klientů s těžším mentálním postižením a autismem. Doplnkovým úkolem je provést základní funkční hodnocení zjištěných problémových projevů. Jelikož bylo celé šetření provedeno pouze v jednom zařízení na poměrně malém počtu jedinců (63), nelze proto usuzovat na platnost výsledků této práce pro celou populaci lidí s MP. Pouze je možno odhadovat, že je v jiných podobných zařízeních je u těchto jedinců situace podobná.

7.2 Stanovení předpokladů

Předpoklad č.1

Lze se domnívat, že výskyt těžších forem problémového chování souvisí se stupněm mentální retardace.

Předpoklad č.2

Lze se domnívat, že podíl sebeagresivního chování u jedinců s těžším mentálním postižením bude zastoupen ve větší míře než-li ostatní formy agresivního chování.

7.3 Použité metody

V průzkumu byly použity tyto metody:

- § obsahová analýza
- § dotazník

7.3.1 Analýza dokumentů

V průzkumu bylo použito obsahové analýzy osobních dokumentů klientů jako jsou osobní anamnézy, interní dokumentace domova, osobní sešit, spisová dokumentace v podobě denních a nočních hlášení, dále pak tzv. zprávy o životě obyvatel psané každý čtvrt rok a formuláře pro záznam incidentů, kdy muselo dojít nezbytně k fyzické nebo jiné restrikci

Pro záznam četnosti incidentů problémového chování jsem upravil škálu výskytu problémového chování od Borthwick-Duffoyová -1994 (viz příloha č.1). Tímto způsobem lze zkoumat nejen četnost, ale i intenzitu a typ problémového chování.

- § **intenzivní agresivní chování** – definované jako jedna nebo více násilných epizod způsobujících závažné fyzické zranění, vyžadující okamžitou lékařskou pomoc, alespoň jednou za měsíc
- § **obvyklé agresivní chování** – definované jako jedna nebo více násilných epizod, nevyžadující lékařské ošetření, přičemž je ale třeba aby ošetřující personál zasáhl, vyskytující se alespoň jedenkrát týdně
- § **intenzivní sebezraňující chování** – definované jako chování způsobující závažné sebezranění a vyžadující okamžitý zásah lékaře alespoň jednou za měsíc, nebo menší sebezranění vyžadující první pomoc alespoň jednou týdně.
- § **obvyklé sebezraňující chování** – definované jako sebezraňující chování, nevyžadující lékařské ošetření, přičemž je ale třeba aby ošetřující personál zasáhl, vyskytující se alespoň jedenkrát týdně
- § **ničení majetku** – definované jako závažné ničení majetku alespoň jednou za měsíc

7.3.2 Dotazník

Byl použit dotazník MAS - Motivation assessment scale (viz příloha č.2) jejímž autorem je V. Mark Durand, Ph.D., pro zjištění motivace chování. Všech šestnáct bodů se zabývá okolnostmi, za kterých se vyskytuje problémové chování. Hodnocení vychází z Likertovy škály od 0 (nikdy) po 6 (vždycky). Odpovědi (numerický výběr) jsou sečteny a je stanoven průměr pro každou ze čtyř možných funkcí chování: pozitivní zpevňování pomocí pozornosti, pozitivní zpevňování pomocí přístupu k materiálům, negativní zpevňování (útěk) nebo senzorké (smyslové zpevňování). Správně vyplněný dotazník MAS nám poukáže na nejpravděpodobnější zpevňující faktory problémového chování klienta. Jestliže jedna ze čtyř kategorií jasně vychází jako první, pak jsem pravděpodobně našli rozhodující zpevňovače v chování. Jestliže je vysoký výsledek ve více kategoriích a rozdíly mezi kategoriemi jsou nepatrné (2,5 %- 5%), mohou být důležité všechny vlivy s podobným výsledkem stejně) V tomto případě můžeme zpřesnit výsledek specifikací prostředí, ve kterém se problémové chování objevuje. Výsledek s nejvyšší hodnotou je

výsledkem pouze pro konkrétní chování v konkrétním prostředí. Výsledek nelze generalizovat na jiná chování nebo jiná prostředí

7.4 Charakteristika vybraného vzorku

Vybraný vzorek se skládal z 8 dospělých mužů ve středně těžkém a těžkém pásmu mentální retardace. Muži jsou ve věku 26 až 48 let. Průměrný věk probandů je tedy 39,75 let. Pro přehlednost šetření a dalšího zpracování získaných údajů byli použity číslice a iniciály jmen zúčastněných osob

Charakteristika osoby č.1, M. S.

Anamnéza:

- 45 let
- Otec zemřel, matka ho v minulosti pravidelně navštěvovala-nyní ze zdravotních důvodů nemůže.
- Specifické důvody jeho mentálního handicapu nám nejsou známy.
- Ve věku tří let chodil 6 měsíců do jeslí, ale pro neklid a neukázněnost nebyl schopen další docházky.
- Od 2.10. 1975 byl v ústavu v České Kamenici. Matka dávala syna do ústavu velmi nerada. Od 2.3. 1977 žije v Domově Maxov.
- Pro neklid a agresivitu byl opakovaně hospitalizován v PL Kosmonosy.

Diagnóza:

- Středně těžká mentální retardace
- Epilepsie
- Extrapramidový syndrom (vedlejší účinek neuroleptik při dlouhodobém užívání)

Medikace:

Chlorprothixen 15mg	1-1-0
Chlorprothixen 50mg	0-0-0-2
Prothiaden 25mg	1-0-0
Prothiaden 75mg	0-0-1
Tisercin	0-0-0-1
Prothazin	2-2-2

Depakine 500mg	0-0-1
Biston	1-0-1
Stilnox	0-0-0-1

Charakteristika osoby č.2 , P. L.

Anamnéza:

- 38 let
- P.L. byl od narození u své matky v Praze (nemanželské dítě).
- V dětství prodělal Patrik dětskou mozkovou obrnu.
- V důsledku onemocnění průšnicemi (1976) se u něj objevila nedoslýchavost, která přerostla v hluchotu
- Navštěvoval školku pro nedoslýchavé.
- Později byl zařazen do zvláštní školy, ze které byl však - z důvodu mentální retardace - vyřazen a zbaven povinnosti vzdělávat se.
- V následujících letech navštěvoval týdenní stacionář, kam docházel až do svých 13-ti let.
- V roce 1984 byl přemístěn do Domova Maxov.

Diagnóza:

- § Těžká mentální retardace
- § Dětský autismus

Medikace:

Tisercin	0-0-4-4
Prothazin	0-1-3
Chlorprothixen 50mg	0-0-2
Diazepam 10mg	1-1-1/2
Biston	1 ½-1-1
Quamatel 20mg	0-0-1
Hypnogen	0-0-0-1

Charakteristika osoby č.3, J.C.

Anamnéza

- 48 let

- Má mladšího bratra.
- V roce 1972 byl přijat do ÚSP v Praze 10 a po půl roce byl přemístěn do ÚSP v Ratměřicích.
- Roku 1973 byl osvobozen od povinné školní docházky.
- V roce 1983 přemístěn do ÚSP Horní Maxov.
- V roce 1986 byl zcela zbaven způsobilosti k právním úkonům.

Diagnóza

- Těžká mentální retardace
- Epilepsie (záchvaty, při kterých padá na zem – v minulosti měl několik vážných zranění).

Medikace:

Topamax 100mg	1-0-1 ½
Timonil retard 600mg	1-0-1
Diazepam 10mg	1-0-2
Depakine 500mg	1 ½-0-1 ½
Chlorprothixen 50mg	0-0-0-2
Chlorprothixen 15mg	1-0-0
Prothazin	1-0-2-3

Charakteristika osoby č.4, L.K.

Anamnéza:

- § 26 let
- § Matka– má mnoho dětí, o čtyři se stará, o ostatní nejeví zájem, delší dobu je již nezvěstná. Otec – opakovaně ve výkonu trestu, žije na Slovensku. Nebyli oddáni.
- § Chlapec je narozen z pátého těhotenství. Během těhotenství pneumonie.
- § Porod v termínu doma. Po převozu do nemocnice pobyt v inkubátoru. (2700g / 49 cm)
- § Z porodnice přeložen na III. DK v Praze – zde hospitalizován po dobu 14 dní, poté přeložen do domácí péče. Nekojen.

Další vývoj:

- Opakované hospitalizace pro záněty HCD. Po poslední hospitalizaci v roce 1991 je v ústavní péči, vzhledem k tomu, že si matka chlapce na opakované výzvy nepřevzala do své péče.
- Poté žil půl roku v kojeneckém ústavu v Praze 4, Krči odtud byl přemístěn do DD v Praze 4, Kunraticích.
- Roku 1996 byl osvobozen od povinné školní docházky. Odůvodnění – „nemá předpoklady zvládat nároky výuky ani v rámci specializovaného školství“.
- Do ÚSP Horní Maxov byl přijat roku 1997. V témže roce byl učiněn pokus o přemístění do ÚSP pro mládež v Lásenici, odkud byl pro nezvladatelnost vrácen.
- Rodiče byli v roce 1999 zbaveni rodičovských práv. Opatrovníkem byl určen ÚSP Maxov.
- V. K. nemá žádný vztah s rodinou.
- Absolvoval léčebný pobyt PL Kosmonosy a Horní Beřkovice v roce 2006 – převezen sanitkou pro akutní stav spojený s agresivitou a nezvladatelností.

Medikace:	Thioridazin 100mg	2-2-2
	Androcur 100mg	1-0-1
	Biston	2-0-2
	Neurol 1mg	0-1/2-1-1

Diagnóza:

- § Těžká mentální retardace
- § Středně těžký dětský autismus
- § Celková vývojová úroveň dosahuje 18 měsíců.

Charakteristika osoby č.5, K.G.

Anamnéza:

- 41 let
- Od narození rodiče neprojevují zájem o jeho výchovu a péči
- Trpí nadváhou

- O jeho minulosti toho víme málo

Diagnóza:

§ Těžká mentální retardace

Medikace:

Biston	2-1-2
Tisercin	2-1-4
Carbimazol	1-0-1
Chlorprothixen 50mg	2-2-0

Charakteristika osoby č.6, J.S.

Anamnéza.

- 44 let
- J.S. se narodil svým rodičům jako první dítě.
- Jeho porod byl komplikovaný, pupeční šňůru měl omotanou kolem krku a musel být kříšen.
- Jako kojenec se projevoval neklidně, jeho psychomotorický vývoj byl opožděný - sedět začal v jednom roce a chodit s pomocí berlí v 5-ti letech.
- Matka se o něj starala do sedmi let doma.
- V roce 1972 byl osvobozen od povinné školní docházky a téhož roku nastoupil do ÚSP v Ratměřicích.
- V Domově Maxov žije od r. 1977.
- Roku 1982 byl zcela zbaven způsobilosti k právním úkonům.

Diagnóza:

- Středně těžká mentální retardace.
- DMO – spastická diparéza.

Medikace:

Plegomazin 100mg	2-2-2
Tisercin	2-2-2
Atenolol 25mg	1-0-1
Detralex	1-0-1

Charakteristika osoby č.7, P.T.

Anamnéza:

- 41 let
- Otec podstoupil protialkoholní léčbu, stávalo se, že bral Václava do restaurace. Do roku 1973 žil Václav doma, nad jeho výchovou byl poté nařízen dohled soudem a později ústavní výchova.
- V roce 1973 byl Václav hospitalizován na dětské neurologii v Čížkovicích.
- V Domově Maxov žije od roku 1977.

Diagnóza:

- Středně těžká mentální retardace
- Sekundární hypertenze

Medikace:

Lokren	1/2-0-0
Biston	1-0-1
Chlorprothixen 50mg	1-1-3
Tisercin	1-1-3
Prothazin	2-2-4
Plegomazin 100mg	0-0-0-1

Charakteristika osoby č.8, A.M.

Anamnéza:

- 35 let
- A.M. rodiče měli před jeho narozením těžkou autonehodu, při níž otec zemřel a A.M. se předčasně narodil - v sedmém měsíci těhotenství matky.
- Po narození byl dočasně převezen do kojeneckého ústavu.
- V prvních měsících života byl v péči matky, později žil s babičkou.
- Byl často hospitalizován.
- Do třech let navštěvoval jesle, poté se opět vrátil do péče matky.
- Od dětství byl neklidný, nezvladatelný.

- Od roku 1982 A.M. žije v Domově Maxov.
- Původně bydlel na 4.domácnosti, poté na 5.domácnosti., nyní na třetí.
- Karel je citově velmi vázán na svou rodinu – matku a mladšího bratra Pavla.

Diagnóza:

- Středně těžká mentální retardace.
- Trpí poruchou autistického spektra – blíže nespecifikováno
- 2-3x za rok se ráno A.M. probudí s velmi vysokou horečkou /40-41⁰C
- Je inkontinentní – léčí se na urologii.
- Nízký krevní tlak.

Medikace:

Prothazin	1-1-2
Clorprothixen 50mg	0-1-3
Biston	1-0-1
Helicid 20mg	1-0-0
Pyridoxin	1-1-1

7.5 Vlastní empirická činnost

Empirické šetření bylo provedeno v domově pro osoby se zdravotním postižením v Jablonci nad Nisou metodou obsahové analýzy spisové dokumentace, která byla složena z osobních anamnéz, interních dokumentů zařízení, denních a nočních záznamů průběhu služeb, osobní sešity klientů, kde jsou zaznamenávány jak zcela běžné situace a chování, tak situace a chování vymykající se standardnímu projevu klienta, dále pak souhrnné práce o životě obyvatel vypracovávané jednou za čtvrt roku, na konec bylo použita obsahová analýza archu o „použití fyzické restrikce“ (viz příloha č. 3), ať už byla provedena fyzicky, farmakologicky nebo izolací.

Průzkumné období bylo v rozsahu 5-ti měsíců. Pro kompaktibilitu se záznamovou škálou byl chápán jeden měsíc jako přesný součet čtyř týdnů. Analýza dokumentace byla zaměřena na období od pondělí 6.10 2008 do pondělí 23.8 2009.

Do předem připraveného záznamové škály jsme zapisovaly a přiřazovaly jednotlivé incidenty dle jejich závažnosti a frekvence.

Po ukončení šetření byli poznatky získané z šetření shrnuty a byla provedena analýza u všech sledovaných oblastí, kterých se zúčastnilo osm mužů s těžším mentální postižením.

7.6 Analýza výsledků

7.6.1 První část šetření

Při studiu interní dokumentace a osobních anamnéz Domova bylo zapotřebí zjistit rozložení míry mentálního deficitu z celkového počtu klientů. Z předběžného šetření vyplynuly výsledky, které znázorňuje tabulka č. 1. - lehké, středně těžké, těžké a hluboké mentální postižení. Z důvodu staršího data narození některých klientů bylo zjištěno velmi nepřesné diagnostikování stupně mentálního postižení. Proto bylo pro potřeby naší práce zvoleno pojmenování jedinci s těžším mentálním postižením ekvivalentní s jedinci spadajícími do skupin se středně těžkou a těžkou mentální retardací.

Tabulka č.1 Rozdělení dle stupně postižení

	Počet	%
Lehká mentální retardace	24	38,09
Středně těžká a těžká mentální retardace	39	61,91
Hluboká mentální retardace	0	0
Celkem	63	100

Námi sledované skupiny jsou tedy složeny z 24 jedinců s lehkou mentální retardací a 39 jedinců s těžším typem mentálního postižení. Z takto vymezeného vzorku bylo zapotřebí zjistit u kolika jedinců s lehkým a těžším mentálním postižením se vyskytuje dlouhodobé problematické chování. Vodítkem pro toto zjištění byla psychiatrem předepsaná neklidová medikace pro případy intenzivního problémového chování. Aby

jedinci byla psychiatrem předepsána neklidová medikace, musí jedinec vykazovat takové problémové chování, které se vyskytuje ve frekvenci a intenzitě překračující obvyklé rámce jedince v chování typu fyzické agrese, destruktivity a sebezraňování. Těmto jedincům je následně vypracován krizový plán problémového chování (viz příloha č.4). Méně závažné formy fyzické nebo verbální agrese a méně významné sebezraňování a stereotypy nebyly brány na zřetel hodnocení. Takto se výběr zúžil na 10 probandů (tj. 15,8%), z toho dva jedinci připadají na lehkou mentální retardaci a osm na těžší mentální retardaci. To znamená, že 8,3% s lehkou a 20,51% lidí s těžším mentálním postižením žijících v Domově mají problémové projevy, které lze považovat jako zatěžující pro ně samé, pro personál i ostatní obyvatele Domova Maxov.

Tabulka č.2 Rozdělení dle medikace

	Počet	%
Skupina bez neklidové medikace	53	84,2
Skupina s neklidovou medikací	10	15,8
Celkem	63	100

V dalších částech práce se zaměříme pouze na vzorek s těžším mentálním postižením, u kterých se vyskytuje problémové chování.

7.6.2 Druhá část šetření

Při šetření jsme se zaměřily na rozsah a převažující formy problémového chování. Odhady rozsahu a převažujících forem budou samozřejmě ovlivněny také takovými dílčími kroky, jakými je výběr pracovních definic a metod obeznámení se s případem.(např. posouzení záznamů o případu a proti tomu rozhovor s ošetřujícím personálem). Záleží též na zvolené strategii sbírání údajů pro konečné posouzení. Při určování převládajících forem problémového chování se zjistilo, že agrese má celkový podíl incidentů 35,47%, sebezraňování 60,59%, a ničení věcí 3,94%. Sebezraňování je tedy v průzkumném vzorku nejčastěji preferovanou formou problémového chování.

Tabulka č.3 Preference problémového chování

	Počet zaznamenaných incidentů	%
Agresivní chování	72	35,47
Sebezraňující chování	123	60,59
Ničení majetku	8	3,94
Celkem	203	100

Podobně dopadla analýza závažnosti, kde intenzivní sebezraňující chování má podíl 8,37% a intenzivní agresivní chování 4,43%. Dále obvyklé sebezraňující chování 52,22% ku 31,04% v obvyklém agresivním chování.

Tabulka č.4 Preference dle intenzity problémového chování

	Počet zaznamenaných incidentů	%
Intenzivní agresivní chování	9	4,43
Obvyklé agresivní chování	63	31,04
Intenzivní sebezraňující chování	17	8,37
Obvyklé sebezraňující chování	106	52,22
Ničení majetku	8	3,94
Celkem	203	100

Při srovnání jednotlivých osob s jejich počtem incidentů, vyšla najevo zajímavost, že osoba č.4 L. K. s nejmenší frekvencí problémového chování, má ale naopak nejvíce incidentů spadajících do kategorie intenzivní sebezraňující chování.

Tabulka č.5 Přehledová tabulka problémového chování

Klient	Intenzivní agresivní chování	Obvyklé agresivní chování	Intenzivní sebezraňující chování	Obvyklé sebezraňující chování	Ničení majetku	Celkem incidentů
č.1, M.S.	4	13	4	19	2	42
č.2, P.L.	0	5	4	11	3	23
č.3, J.C.	0	20	0	4	1	25
č.4, L.K.	5	3	1	5	1	15
č.5, K.G.	0	9	1	20	1	31
č.6, J.S.	0	2	3	17	0	22
č.7, P.T.	0	2	3	20	1	26
č.8, A.M.	0	9	0	10	0	19

Intenzivní agresivní chování se vyskytlo pouze u dvou klientů. Zato intenzivní sebezraňující chování se objevilo u šesti klientů.

Výsledek u osoby č.1, M. S.

Tabulka č.6 Individuální preference problémového chování M.S.

	Počet zaznamenaných incidentů	%
Intenzivní agresivní chování	4	9,52
Obvyklé agresivní chování	13	30,95
Intenzivní sebezraňující chování	4	9,52
Obvyklé sebezraňující chování	19	45,24
Ničení majetku	2	4,76
Celkem	42	100

Nejčastější konkrétní formy problémového chování

§ kousání se do rukou a nohou

§ fyzické napadení jiného klienta v podobě štípání a kousání

Výsledek u osoby č.2 , P. L.

Tabulka č.7 Individuální preference problémového chování P.L.

	Počet zaznamenaných incidentů	%
Intenzivní agresivní chování	0	0
Obvyklé agresivní chování	5	21,74
Intenzivní sebezraňující chování	4	17,39
Obvyklé sebezraňující chování	11	47,83
Ničení majetku	3	13,04
Celkem	23	100

Nejčastější konkrétní formy problémového chování

§ prudké údery pěstí do vlastního nosu

§ prudké odstrčení jiného klienta nebo personálu

Charakteristika osoby č.3, J.C.

Tabulka č.8 Individuální preference problémového chování J.C.

	Počet zaznamenaných incidentů	%
Intenzivní agresivní chování	0	0
Obvyklé agresivní chování	20	80,0
Intenzivní sebezraňující chování	0	0
Obvyklé sebezraňující chování	4	16
Ničení majetku	1	4

Celkem	25	100
---------------	-----------	------------

Nejčastější konkrétní formy problémového chování

§ úder dlaní do jiného klienta či personálu

§ úder dlaní do zdi

Charakteristika osoby č.4, L.K.

Tabulka č.9 Individuální preference problémového chování L.K.

	Počet zaznamenaných incidentů	%
Intenzivní agresivní chování	5	33,3
Obvyklé agresivní chování	3	20,0
Intenzivní sebezraňující chování	1	6,67
Obvyklé sebezraňující chování	5	33,3
Ničení majetku	1	6,67
Celkem	15	100

Nejčastější konkrétní formy problémového chování

§ pevné a krvavé zakousnutí se do ramene jiného klienta

§ mlácení hlavou o zeď

Charakteristika osoby č.5, K.G

Tabulka č.10 Individuální preference problémového chování K.G

	Počet zaznamenaných incidentů	%
Intenzivní agresivní chování	0	0
Obvyklé agresivní chování	9	29,03
Intenzivní sebezraňující chování	1	3,23
Obvyklé sebezraňující chování	20	64,52
Ničení majetku	1	3,23
Celkem	31	100

Nejčastější konkrétní formy problémového chování

§ údery pěstí do oblasti spánku a očí

§ dávání facek ostatním klientům

Charakteristika osoby č.6, J.S.

Tabulka č.11 Individuální preference problémového chování J.S.

	Počet zaznamenaných incidentů	%
Intenzivní agresivní chování	0	0
Obvyklé agresivní chování	2	9,09
Intenzivní sebezraňující chování	3	13,64
Obvyklé sebezraňující chování	17	77,27
Ničení majetku	0	0
Celkem	22	100

Nejčastější konkrétní formy problémového chování

§ kousání se do rukou

§ údery dlaní do vlastního obličeje

Charakteristika osoby č.7, P.T.

Tabulka č.12 Individuální preference problémového chování P.T.

	Počet zaznamenaných incidentů	%
Intenzivní agresivní chování	0	0
Obvyklé agresivní chování	2	7,69
Intenzivní sebezraňující chování	4	15,34
Obvyklé sebezraňující chování	20	76,92
Ničení majetku	0	0
Celkem	26	100

Nejčastější konkrétní forma problémového chování

§ údery dlaní do hlavy

Charakteristika osoby č.8, A.M.

Tabulka č.13 Individuální preference problémového chování A. M.

	Počet zaznamenaných incidentů	%
Intenzivní agresivní chování	0	0
Obvyklé agresivní chování	9	47,37
Intenzivní sebezraňující chování	0	0
Obvyklé sebezraňující chování	10	52,63
Ničení majetku	0	0
Celkem	19	100

Nejčastější konkrétní formy problémového chování

§ trkání hlavou do druhého klienta

§ destruktivní a opakované dosedávání na židli

7.7 Vyhodnocení dotazníku MAS

Do šetření bylo vybráno u každého jedince jedna nejčastější konkrétní forma sebezbraňování a podrobily jsme ji dotazníku pro zjištění motivace chování MAS. Každý klient Domova má svého klíčového asistenta, který by měl mít nejlepší předpoklady pro porozumění danému typu chování. Těmto osmi lidem jsem zadal vyplnit dotazník MAS. Situačně se všechny sledované projevy odehrávaly ve společenské místnosti.

Pokud jsme zprůměrovaly výsledky dosažených v jednotlivých kategoriích negativní zpevňování – senzoricky a únikově; pozitivní zpevňování – pozorností, získáním něčeho tak se zjistilo u všech sledovaných:

Tabulka č.14 Rozdělení funkčnosti chování

	senzoricky	únikově	pozorností	získáním něčeho
procentuální zastoupení	21,8%	30,06%	19,08%	29,03%
pořadí	3	1	4	2

Dotazníkové šetření zjistilo, že pozitivní i negativní zpevňování je zastoupeno rovnoměrně.

7.8 Ověření stanovených předpokladů

Předpoklad č.1

Lze se domnívat, že výskyt těžších forem problémového chování souvisí se stupněm poškození intelektu

Při šetření se zjistilo, že 8,3% jedinců s lehkou mentální retardací a 20,51% jedinců s těžším mentálním postižením vykazuje problémové chování v rozsahu zatěžujícím pro ně samé, pro personál i ostatní obyvatele zařízení. Tento předpoklad lze tedy brát jako potvrzený.

Předpoklad č.2

Lze se domnívat, že podíl sebeagresivního chování u jedinců s těžším mentálním postižením bude zastoupen ve větší míře než-li ostatní formy agresivního chování.

Podle kvantitativního vyhodnocení se zjistili, že podíl agresivních incidentů byl 35,47%, sebezraňování 60,59% a ničení majetku 3,94%. V tomto případě lze předpoklad příspěvku tělesné výchovy a sportu složce volných vlastností brát za potvrzený

8 ZÁVĚR

Cílem práce bylo bližší seznámení s projevy problémového chování v zařízení poskytující sociální služby osobám s mentální retardací.

Zaměřili jsme se na určení základní, převládající formy problémového chování a její intenzity, které již významným způsobem ohrožuje fyzické bezpečí dané osoby nebo druhých a zároveň narušuje běžné používání služeb daného zařízení.

Odhady rozsahu a převažujících forem problémového chování jsou ovlivňovány jednak omezením a očekáváním ze strany určitého kontextu a kultury, tak také dílčími kroky, jakými je výběr pracovních definic a metod obeznámení se s případem. A též záleží na zvolené strategii sběru dat. Tyto okolnosti mohou výsledky velmi zkreslit.

Průzkumem byly potvrzeny oba předpoklady práce. Výskyt těžších forem problémového chování souvisí se stupněm mentálního postižení a podíl sebeagresivní formy chování je zastoupen ve větší míře než-li ostatní formy problémového chování. Toto zjištění platí omezeně pro zařízení, ve kterém bylo šetření provedeno. Cíl práce v podobě zmapování projevů problémového chování byl tedy splněn. Vzhledem k rozsahu práce nebylo možné se dále zabývat příčinami tohoto chování a ani její terapií. Z toho vyplynula orientace praktické části na kvantitativní zpracování výsledků. Kvalitativní aspekty problému byly ponechány stranou..

Některé formy problémového chování jsou udržovány behaviorálními procesy, které mohou být odpovědné za postupný vznik tohoto chování. Za některými projevy problémového chování stojí neurobiologické mechanismy. A nebo také existuje souvislost mezi problémovým chováním a psychickými poruchami. Je výzvou do budoucna pokusit se tyto různorodé faktory pochopit takovým způsobem, aby bylo možno najít vysoce progresivní modely, které by vytvářeli podmínky pro efektivní práci s problémovým chováním.

9 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

BARTOŇOVÁ, M.- BAZALOVÁ B. – PIPEKOVÁ, J. *Psychopedie* 1.vyd. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-144-7

ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Praha: Portál. 2007. ISBN 978-80-7367-319-2

ČERMÁK, I. (). *Lidská agrese a její souvislosti*. Žďár nad Sázavou:m Fakta,1999. 80-902614-1-8

ČERNÁ, M.- NOVOTNÝ, J.- STEJSKAL, B.- ZEMKOVÁ, J. *Kapitoly z psychopedii*. Přpracované vydání. Praha: 1995.

DOLEJŠÍ, M. *K otázkám psychologie mentální retardace*. 1. vyd. Praha : Avicenum, 1973.

EMERSON, E. *Problémové chování u lidí s mentální retardací*. Praha: Portál. 2007. ISBN 978-80-7367-390-1

JŮN, H. *Autismus*. [on line]. 12.11 2007 [cit. 20.3 2008]. Dostupné z:
<http://www.autismus.cz/behavioralni-pristupy/behavioralni-terapie-2.html>

MACHAČ, M., MACHAČOVÁ, H. *Psychické rezervy výkonnosti*. Praha: Karolinum. . 1991. ISBN 80-7066-485-1

NAKONEČNÝ, M. *Lidské emoce*. Praha: Academia. 2000 ISBN 80-200-0763-6

ŠVINGALOVÁ, D. *Úvod do teorie a praxe psychopedie I. díl*. 1. vyd. Liberec: 2006. ISBN 80-7372-042-6

THOROVÁ, Kateřina. *Poruchy autistického spektra*.1. vyd., Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-091-7

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozš. a přeprac. vyd.. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 2.vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-496-6

VALENTA, M.- MÜLLER, O. *Psychopedie*. 3. vyd. Praha: Parta, 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.

MURDOCH, D. – BARKER, P. *Základy behaviorální terapie*. 1 .vyd. Brno: 1996
ISBN 80-210-1290-0

10 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č.1: Záznamový arch problémového chování (viz text – s.33)

Příloha č.2: Dotazník MAS – (viz text – s.33)

Příloha č.3: Použití fyzické restrikce (viz text – s.41)

Příloha č.4: Příklad krizového plánu (viz text – s.42)

Příloha č.1 - Záznamový arch problémového chování**Jméno:**

Týden	intenzivní agresivní chování	obvyklé agresivní chování	intenzivní sebezraňují cí chování	obvyklé sebezraňují cí chování	ničení majetku
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
17					
18					
19					
20					
Celkem					

Příloha č.2: Dotazník MAS

Dotazník MAS

(The Motivation Assessment Scale)

V. Marka Durand, Ph.D. 1986

Jméno : _____

Zapisovatel: _____

Datum : _____

Přesný popis zaznamenávaného chování

Přesný popis prostředí a činnosti, při nichž chování zaznamenáváme

Výsledky v jednotlivých oblastech:

Senzoricky		únikově		pozorností		získáním něčeho	
1		2		3		4	
12		6		7		8	
9		10		11		12	
13		14		15		16	

Celkové výsledky:

	senzoricky	únikově	pozorností	získáním něčeho
prostý součet bodů				
procentuální zastoupení				
pořadí				

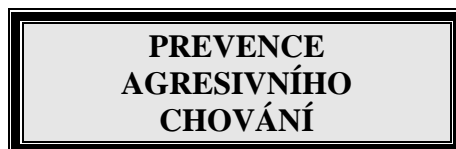
Otázka:		Odpověď (zakroužkujte pouze jednu z možností):						
		nikdy	skoro nikdy	zřídka	někdy	normálně (obvykle)	skoro vždy	vždy
1	Objevuje se toto chování nepřetržitě, stále a stále ve chvíli, kdy je klient po dlouhou dobu ponechán o samotě (např. po dobu několika hodin)?	0	1	2	3	4	5	6
2	Vyskytuje se toto chování ihned poté, co je klient požádán o splnění obtížného úkolu?	0	1	2	3	4	5	6
3	Připadám vám výskyt chování jako reakce na to, že hovoříte s jinou osobou v místnosti?	0	1	2	3	4	5	6
4	Vyskytuje se toto chování poté, co byl klientovi odmítnut jeho požadavek na hračku, jídlo nebo aktivitu?	0	1	2	3	4	5	6
5	Vyskytuje se toto chování opakovaně a stále stejně po velmi dlouhou dobu ve chvíli, kdy nikdo není v blízkosti klienta (např. kývání se ze strany na stranu po dobu jedné hodiny)?	0	1	2	3	4	5	6
6	Vyskytuje se toto chování ve chvíli, kdy je na klienta kladen jakýkoliv požadavek?	0	1	2	3	4	5	6
7	Vyskytuje se toto chování ve chvíli, kdy se přestanete klientovi věnovat?	0	1	2	3	4	5	6
8	Vyskytuje se toto chování ve chvíli, kdy klientovi vezmete jeho oblíbený předmět, jídlo nebo mu zatavíte oblíbenou činnost?	0	1	2	3	4	5	6
9	Domníváte se, že klienta toto chování baví (zažívá příjemné pocity, příjemnou chuť, příjemný pohled, příjemnou vůni nebo příjemné zvuky)?	0	1	2	3	4	5	6
10	Domníváte se, že vás klient chce tímto chováním naštvat či rozčílit ve chvíli, kdy po něm chcete něco, o co jste ho požádali?	0	1	2	3	4	5	6
11	Domníváte se, že vás klient chce tímto chováním naštvat či rozčílit ve chvíli, kdy ho ignorujete (např. když sedíte v rozdělené místnosti a věnujete se jiné osobě)?	0	1	2	3	4	5	6
12	Zmizí toto chování krátce poté, co klientovi dáte požadovanou věc, jídlo nebo mu dovolíte požadovanou aktivitu?	0	1	2	3	4	5	6
13	Domníváte se, že při výskytu tohoto chování nechává klienta vše ostatní kolem v klidu nebo si okolí v tu chvíli vůbec neuvědomuje?	0	1	2	3	4	5	6
14	Zmizí toto chování krátce po té (do 5 minut), co s klientem skončíte práci nebo na něj přestanete klást určité požadavky?	0	1	2	3	4	5	6
15	Připadá vám, že se klient tak chová, abyste se mu věnovali?	0	1	2	3	4	5	6
16	Vyskytne se toto chování ve chvíli, kdy klient sice řekl, co chce dělat, ale nemůže to dělat?	0	1	2	3	4	5	6

Příloha č.3 Použití fyzické restrikce

Jméno	Prostředí	Datum	Čas	Místo
Příčina		Popište co dělal dotyčný před incidentem		
Kdo byl v době incidentu přítomen v daném prostoru:				
Chování	začátek	konec	Popište jeho chování během incidentu	
Důsledek	Popište co se stalo bezprostředně poté.Co dělal dotyčný klient? Co dělal oš.personál?			
Popište jakákoliv zranění, která dotyčný způsobil sobě nebo jiným a škody na majetku a zařízení.				
Popište všechny ostatní faktory, které by mohly být v souvislosti s inc. Relevantní., změna léků, záchvat, návštěva atd.				

Příloha č.4: Příklad krizového plánu

P.L. - KRIZOVÝ PLÁN



✓ VENTILACE NAHROMADĚNÉHO NAPĚTÍ:

- **Každý den dopoledne** - zastýlání postele, rozdávání lžic před každým jídlem, vytírání podlah ve sprchách a chodbách u pokojů obyvatel.
- **Každý den odpoledne** – utírání jídelního stolu /po obědě/, vycházka.

✓ VČASNÝ ZÁSAH, STÁLÝ KONTAKT :

- Pokud se u P.L. začínají objevovat agresivní projevy /předzvěst agresivního chování/ - „bouchání“ do vybavení domácnosti, „sebepoškozování“ – „mlátí“ se do nosu nebo kolen, je třeba takové chování razantně a důrazně zastavit a nabídnout řízenou ventilaci nahromaděného napětí /svižná procházka na klidné místo, kde P.L. podporujeme v uvolnění nahromaděného napětí, běh/. **V žádném případě nenecháváme Patrika v takové situaci samotného /např. není možné ho nechat, aby si neřízeně ubližoval/.**

✓ JASNÝ A PEVNÝ REŽIM DNE :

- **P.L. by neměl spát přes den**, večer se mu potom nechce /nesmyslně jsou mu pak podávány silné tlumící léky na spaní/. Jeho biorytmus je denně sledován asistenty /zápisy v „OS“/ a čtvrtletně konzultován s psychiatrickou Domova.

✓ ZAJIŠTĚNÍ PRIMÁRNÍCH POTŘEB :

- **Trpí zácpami** - denně musí dostávat podpůrné doplňky stravy k uvolnění stolice /Duphalac, kysané zelí, kompoty, mléčné výrobky, atd./. Asistenti by měli denně zapisovat do příslušného formuláře, byl-li Patrik v průběhu dne na stolici. Nejde-li déle než 2 dny, bývá nervózní až agresivní.

✓ ODMĚNY :

- Odměňování P.L. v souvislosti s agresivním chováním není vhodné /v minulosti byly jeho agresivní projevy uklidňovány konzumací „cukrovinek“/ – zvyšuje se tak jeho četnost, uklidnění je pouze krátkodobé.

✓ LIMITY :

- P.L. je nutné vždy zřetelně limitovat /např. naznačit mu, že „bouchat“ může do země, ne do sebe.../.

✓ ZÁZNAMY :

- Do „OSOBNÍHO SEŠITU“ **zapisujeme veškeré „krizové situace“ a jejich řešení, spouštěče agresivního chování.** O užívání restriktivních opatření je nutné vést podrobnou evidenci: formulář **„UŽITÍ OPATŘENÍ OMEZUJÍCÍCH POHYB OSOB“** - asistenti domácnosti mají v takovém případě povinnost

informovat vedoucího, který posléze informuje opatrovníka obyvatele /kopii formuláře dostává koordinátor sociální služby/.

ŘEŠENÍ „KRIZOVÉ SITUACE“

- ✓ Pokud u P.L. dojde i přes **dodržení preventivních opatření** k agresivnímu chování - tzn. „strkání“ do ostatních obyvatel či asistentů, „sebepoškozování“, je třeba ho **izolovat od kolektivu a opustit společně s ním domácnost** /často ničí její vybavení/.
- ✓ **Umožníme mu ventilaci nahromaděného napětí přiměřeným způsobem = nejúčinnější je vycházka.** Je vhodné s ním pouze přeběhnout silnici před domácností a dále pokračovat svižnou chůzí či během /nereaguje-li na posunky/ na kopec, P.L. cestou často trhá trávu, kope do země apod. /asistenta se pokouší napadnout jen výjimečně/. Vzhledem k tomu, že neslyší, je vhodné od něj neustále udržovat takovou vzdálenost, aby byl schopen reagovat na posunky. Mívá tendence si sám ubližovat /“mlátí“ se do nosu/, je dobré s ním v takové situaci začít běžet. Na domácnost se nevracíme dokud jeho agresivní projevy zcela neustanou /cca po 30 - 40ti minutách/.
- ✓ **Je-li asistent v domácnosti sám, je možné požádat o pomoc pracovníky údržby, kteří jsou pro tyto případy seznámeni s možnostmi zvládnutí „krizové situace“ – jejich případná přítomnost je žádoucí až do úplného uklidnění situace.**
- ✓ **Pokud se P.L. po návratu z vycházky opět projevuje agresivně /což se stává velmi vzácně/, pak se jako řešení ukazuje fyzická restrikce:**
 - Aby bylo provedení tohoto úkonu bezpečné, **vyžaduje spolupráci alespoň dvou asistentů.**
 - **Jde o znemožnění pohybu po dobu nezbytně nutnou** - tzn. max. 10-20min..
 - Asistenti Patrika položí na měkkou podložku, břichem dolů, jeden mu drží ruce, druhý nohy.
 - V okamžiku, kdy se Patrik zcela uklidní, přestane vydávat hlasité zvuky a zatínat zuby, ho asistenti mohou pustit.
- ✓ **Pokud nedojde k uklidnění P.L. do padesáti minut /od prvních projevů agresivního chování/, voláme zdravotní službu /333/ - zajistí aplikaci neklidové medikace.**
- ✓ **Pokud není přítomna zdravotní služba a nedojde k uklidnění P.L. do čtyřiceti minut /od prvních projevů agresivního chování/, voláme RZS /0 150/ - zajistí aplikaci neklidové medikace, která je připravena na domácnosti v kuchyňce u léků..**

VĚC: „KRIZOVÝ PLÁN“ PANA P.L.

Při poskytování sociálních služeb panu P.L. dochází k „rizikovým situacím“, tedy jednání, kterým přímo ohrožuje zdraví a život svůj i službukonajících asistentů. Z tohoto důvodu byl pracovním týmem domácnosti sestaven „KRIZOVÝ PLÁN“ pro zvládání takových situací.

„KRIZOVÝ PLÁN“ se skládá z „**preventivních opatření**“ pro zabránění takovému jednání obyvatele domácnosti, kterým ohrožuje zdraví a život svůj i poskytovatele sociálních služeb a „**řešení**“ již vzniklé „**krizové situace**“ s využitím **opatření omezujících pohyb** – v rozsahu a povaze omezení přiměřené míře aktuálního ohrožení.

Prosím, zodpovědné osoby, aby svým podpisem stvrdili, že byly seznámeni s jednotlivými body „KRIZOVÉHO PLÁNU“ a souhlasí s jejich obsahem.

Opatrovník souhlasí, že bude o použití opatření omezujících pohyb obyvatele informován půlročně – bude mu předána k nahlédnutí evidence případů použití opatření omezujících pohyb osob.